

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA****Fideuram Vita Futura****PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED A VITA INTERA****Il contratto non è in coassicurazione.****PERCORSO**

PERCORSO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE**

Il sottoscritto Contraente, le cui generalità sono riportate di seguito, propone a Fideuram Vita S.p.A. la presente assicurazione sulla vita alle condizioni riportate nelle Condizioni di assicurazione Mod. \_\_\_\_\_, Parte Generale e Parte Specifica relativa al Percorso \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, comprensive degli Allegati, nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP) del Percorso prescelto e nei Documenti contenenti le informazioni chiave delle opzioni di investimento prescelte.

NUMERO DI PROPOSTA:  
CODICE FISCALE:  
COGNOME:  
NOME:  
INDIRIZZO DI RESIDENZA:  
LOCALITÀ DI RESIDENZA:  
DENOMINAZIONE:  
INDIRIZZO SEDE LEGALE:  
LOCALITÀ SEDE LEGALE:  
INDIRIZZO E MAIL:  
N° TELEFONO CELLULARE:

**INDIRIZZO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVA AL CONTRATTO**

Nel caso in cui la Compagnia dovesse inviare comunicazioni di tipo cartaceo al Contraente, dovrà essere utilizzato il seguente recapito

INDIRIZZO:  
LOCALITÀ:  
NAZIONE (se estero):

NOMINATIVO DI CORRISPONDENZA:

**RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE**

COGNOME:  
NOME:  
CODICE FISCALE:  
DATA DI NASCITA:  
COMUNE DI NASCITA:  
IN QUALITÀ DI:

SESSO:

**Fideuram Vita S.p.A.** Sede Legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma fideuramvita@pec.fideuramvita.it Capitale Sociale Euro 357.446.836 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Roma 10830461009 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00175 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

## GENERALITÀ DELL'ASSICURATO

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

SESSO:

CODICE FISCALE:

COMUNE DI NASCITA:

NAZIONE DI NASCITA (se estera):

INDIRIZZO DI RESIDENZA:

LOCALITÀ DI RESIDENZA:

NAZIONE (se estera): >

TIPO RELAZIONE CON IL CONTRAENTE (A): <1;2;3;4>

(A) 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

## CONDIZIONI AGEVOLATE

CONDIZIONI AGEVOLATE: - Codice 03

## PRESTAZIONE BASE

Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati un capitale determinato con le modalità riportate all'Art. \_\_\_\_\_,2 (La prestazione base in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica.

## PRESTAZIONE AGGIUNTIVA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Fideuram Vita S.p.A. in aggiunta alla Prestazione base in caso di decesso dell'Assicurato, pagherà ai Beneficiari designati il capitale assicurato di seguito indicato di cui all'Art. \_\_\_\_\_,3 (La Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica.

CAPITALE ASSICURATO: Euro

PREVENTIVO: N°

**La decorrenza della Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato è posta alle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di decorrenza del contratto. Tale data di decorrenza è indicata nella Nota di copertura.**

**La Prestazione Aggiuntiva decade alla ricorrenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato. Dopo tale data nulla è più dovuto dalla Compagnia in relazione alla Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato mentre rimangono in vigore gli obblighi relativi alla Prestazione base.**

**La Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso viene erogata sulla base delle informazioni rese dall'Assicurato sul Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato per l'attivazione della Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.**

## PREMIO

**PU. PREMIO UNICO** per un totale di €

**PUR. PREMIO UNICO RICORRENTE** (compilare la successiva sezione "Autorizzazione permanente di addebito in conto")

### PIANO PROGRAMMATO DEI VERSAMENTI

Tipo rateazione: \_\_\_\_\_

Durata del Piano: \_\_\_\_\_ anni

Rata programmata: € \_\_\_\_\_

Valore del piano programmato dei versamenti: € \_\_\_\_\_

**PREMIO UNICO RICORRENTE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE:** € \_\_\_\_\_ (comprensivo dei diritti fissi)

**PREMIO UNICO AGGIUNTIVO** € \_\_\_\_\_ (comprensivo dei diritti fissi)

**TOTALE PREMIO VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE:** € \_\_\_\_\_ (comprensivo dei diritti fissi)

Qualora il premio complessivo versato alla sottoscrizione risultasse superiore alla RATA PROGRAMMATA indicare come PREMIO UNICO RICORRENTE la RATA PROGRAMMATA e la parte eccedente come PREMIO UNICO AGGIUNTIVO versato alla sottoscrizione del contratto.

## MODALITA' DI PAGAMENTO

### A. ADDEBITO SU C/C PRESSO FIDEURAM S.p.A.

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente riportato di seguito, autorizza l'addebito in favore di Fideuram Vita S.p.A. sul conto corrente di seguito indicato e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione e del versamento aggiuntivo alla sottoscrizione.

A1. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

A2. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

### B. BONIFICO DA ALTRE BANCHE

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente riportato di seguito, autorizza l'addebito in favore di Fideuram Vita S.p.A. sul conto corrente di seguito indicato e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione e del versamento aggiuntivo alla sottoscrizione.

B1. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

B2. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

### G. GIROFONDO DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM - INTESA SANPAOLO PRIVATE BANKING S.p.A.

Il Contraente, in quanto Mandante avente titolo ad operare sui contratti di seguito richiamati, richiede la liquidazione dei contratti di seguito indicati, con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo controvalore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione e del versamento aggiuntivo alla sottoscrizione.

G1 Codice contratto da liquidare:

Codice compartimento:

Tipo Liquidazione: Importo da liquidare: Euro

G2 Codice contratto da liquidare:

Codice compartimento:

Tipo Liquidazione: Importo da liquidare: Euro

L'importo del premio potrà risultare superiore o inferiore, nella misura massima del 10%, rispetto all'importo indicato. In caso di liquidazioni totali, tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della quota/azione. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

### S. GIROFONDO DA LIQUIDAZIONE DI POLIZZA IN SCADENZA DI FIDEURAM VITA S.p.A.

Il Contraente, richiede la liquidazione della polizza di seguito indicata, di cui dichiara di essere Contraente, con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo valore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione e del versamento aggiuntivo alla sottoscrizione.

S1 Polizza da liquidare: Tipo Liquidazione: T (totale)

Importo da liquidare: Euro

L'importo del premio potrà risultare superiore o inferiore, nella misura massima del 20%, rispetto all'importo indicato. Tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della polizza. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

### AR. AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente di Fideuram S.p.A. riportato di seguito, autorizza l'addebito delle rate del premio unico ricorrente in favore di Fideuram Vita S.p.A. sul conto corrente di seguito indicato e dispone che i relativi importi siano utilizzati ai fini del versamento delle rate di premio unico ricorrente.

AR. IBAN conto corrente di addebito:

Importo della rata: Euro

Numero delle rate programmate:

Frequenza della rata:

Se nel periodo di validità dell'Autorizzazione Permanente di Addebito in Conto il conto corrente indicato dovesse risultare incapiente o chiuso, l'Autorizzazione permanente di addebito in conto si interrompe automaticamente. Nulla sarà più dovuto dal Contraente a Fideuram Vita S.p.A..

Nel caso in cui il Contraente intendesse riprendere i versamenti sulla polizza mediante Autorizzazione Permanente di Addebito in Conto, sarà necessario presentare a Fideuram Vita S.p.A. una nuova disposizione.

#### OPZIONE DI INVESTIMENTO

OPZIONE DI INVESTIMENTO: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### FONDI SOTTOSTANTI L'OPZIONE DI INVESTIMENTO

L'opzione di investimento sopra indicata comporta l'investimento nei Fondi di seguito indicati.

Per il Percorso Saving Plan gli importi rappresentati sono pari al *Valore del piano programmato dei versamenti* più l'eventuale *Premio unico aggiuntivo* alla sottoscrizione, comprensivi dei diritti fissi.

#### FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1. _____	_____	_____ %
		<b>Importo da investire:</b> _____
2. _____	_____	_____ %
		<b>Importo da investire:</b> _____
3. _____	_____	_____ %
		<b>Importo da investire:</b> _____
		<b>Totale importo Fondi Interni:</b> _____

#### FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1. _____	_____	_____	_____ %
			<b>Importo da investire:</b> _____
2. _____	_____	_____	_____ %
			<b>Importo da investire:</b> _____
3. _____	_____	_____	_____ %
			<b>Importo da investire:</b> _____
			<b>Totale importo Fondi Esterni:</b> _____

#### OPZIONI CONTRATTUALI

##### DF. PIANO DI DECUMULO FINANZIARIO: <SI/NO>

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione di Decumulo Finanziario nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione e sulla base di quanto di seguito riportato.

Durata del Piano: 10 anni

Importo della rata: \_\_\_\_% del premio versato alla sottoscrizione

Frequenza della rata:

Le rate di Decumulo dovranno essere accreditate su:

CC. conto corrente di accredito: \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

FP. Fondo Pensione Fideuram – Fondo Pensione Aperto n. \_\_\_\_\_ di cui il sottoscritto è Aderente/Soggetto terzo pagatore, autorizzando sin d'ora Fideuram Vita S.p.A. ad effettuare un girofondo in pari valuta.

##### IP. INGRESSO PROGRESSIVO SUI MERCATI: <SI/NO>

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione

## DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

**Avvertenza:** in caso di mancata compilazione dei dati relativi ai Beneficiari designati, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Le eventuali modifiche e/o revoche dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento; pena l'inefficacia della designazione, la dichiarazione del Contraente deve inequivocabilmente fare specifica menzione del contratto per poter effettuare la revoca o la modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revoche dei Beneficiari avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte della Compagnia, sempreché l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del giorno di ricezione della comunicazione.

Il Contraente designa quali beneficiari caso morte i soggetti di seguito indicati.

### Beneficiari caso morte:

**E** <Gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi, dell'Assicurato, in parti uguali>

**F** <Il coniuge dell'Assicurato, al verificarsi dell'evento; in difetto i figli dell'Assicurato, nati e nati in parti uguali>

**S** <designazione nominativa come di seguito indicato>

Numero beneficiari:

### Beneficiario caso morte n. 1

Percentuale del Capitale: \_\_\_\_\_%

CODICE FISCALE:

DENOMINAZIONE:

COGNOME:

NOME:

SESSO:

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA: \_\_\_\_\_

NAZIONE DI NASCITA (se estera): \_\_\_\_\_

TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B)      TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C)

INDIRIZZO:

LOCALITA':

NAZIONE (se estera):

INDIRIZZO E-MAIL:

### Beneficiario caso morte n. 2

Percentuale del Capitale: \_\_\_\_\_%

CODICE FISCALE:

DENOMINAZIONE:

COGNOME:

NOME:

SESSO:

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA: \_\_\_\_\_

NAZIONE DI NASCITA (se estera): \_\_\_\_\_

TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B)      TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C)

INDIRIZZO:

LOCALITA':

NAZIONE (se estera):

INDIRIZZO E-MAIL:

### Beneficiario caso morte n. 3

Percentuale del Capitale: \_\_\_\_\_%

CODICE FISCALE:

DENOMINAZIONE:

COGNOME:

NOME:

SESSO:

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA: \_\_\_\_\_

NAZIONE DI NASCITA (se estera): \_\_\_\_\_

TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B)      TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C)

INDIRIZZO:

LOCALITA':

NAZIONE (se estera):  
INDIRIZZO E-MAIL:

(B/C) 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

#### REFERENTE TERZO

#### Referente Terzo cui la Compagnia può fare riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata

COGNOME:  
NOME:  
CODICE FISCALE:  
INDIRIZZO: LOCALITA':  
NAZIONE (se estera):  
INDIRIZZO E-MAIL:

#### CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP, prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa.

Inoltre, apponendo la mia firma in calce al presente Modulo di proposta, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui all'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella stessa.

**Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.**

Firma del Contraente o  
del Rappresentante Legale (in caso di persona giuridica o incapace di agire):

Firma dell'Assicurato o del Rappresentante Legale dell'Assicurato  
(ai sensi dell'art 1919 c.c.):

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP, con riferimento al trattamento per le finalità promo-commerciali

**presto il consenso**       **nego il consenso**

al trattamento dei miei Dati Personali a fini di informazione commerciale, offerte dirette, indagini di mercato o di *customer satisfaction* relative a prodotti e servizi della Società e di Società del Gruppo Intesa Sanpaolo;

**presto il consenso**       **nego il consenso**

alla comunicazione dei miei Dati Personali ad altre Società del Gruppo Intesa Sanpaolo (quali Assicurazioni, Banche, SIM, SGR), per lo svolgimento da parte loro di attività funzionali alla promozione e vendita di prodotti e/o servizi e di indagini di mercato, di *customer satisfaction* e di comunicazione commerciale.

Firma del Contraente o  
del Rappresentante Legale (in caso di  
incapace di agire):

Con riferimento all'informativa nei confronti delle persone giuridiche, enti e associazioni consegnata da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP,

**presto il consenso**       **nego il consenso**

all'uso di sistemi automatizzati di chiamata o di comunicazione di chiamata senza operatore e di comunicazioni elettroniche (posta elettronica, telefax, SMS, MMS o di altro tipo) per lo svolgimento di attività promozionali o il compimento di ricerche di mercato nei nostri controlli.

Firma del Rappresentante Legale della Società:

#### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE E SULLE ABITUDINI DI VITA DELL'ASSICURATO

Consapevole della rilevanza ai fini di una esatta valutazione ed accettazione del rischio da parte della Società e che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti ai sensi degli art. 1892 e 1893 del C.C. possono compromettere il diritto alla prestazione, il sottoscritto Assicurato (cognome e nome)

\_\_\_\_\_ dichiara:

- di non essere titolare di pensione d'invalidità o di inabilità e di non avere in corso pratiche di riconoscimento dell'invalidità o dell'inabilità;
- di non avere in corso Trattamenti attivi o non essere stato affetto nell'ultimo anno da una patologia oncologica, inclusi episodi di recidive;
- di non essere, ad oggi, o non essere stato, nel passato, affetto da una delle seguenti malattie: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite di tipo C/D, cirrosi epatica, sieropositività HIV, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.
- di non essere dipendente da sostanze psicotrope e/o allucinogeni e di non essere affetto da alcolismo.

Confermo integralmente

Non Confermo integralmente

**Nel caso in cui l'Assicurato non sia in grado di confermare integralmente la "Dichiarazione di buono stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato" sopra riportata, il Contraente potrà comunque sottoscrivere il contratto ma il periodo di carenza, pari a 12 mesi, previsto all'Art. RAB.3 (Esclusioni e periodo di carenza per la Prestazione Base in caso di decesso dell'Assicurato), sarà esteso a 18 mesi.**

#### DICHIARAZIONI E FIRME DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente:

- A) essendo stato avvertito della possibilità di ricevere la documentazione informativa precontrattuale e contrattuale su supporto durevole non cartaceo o su supporto cartaceo, sceglie la modalità:  
D. <NON CARTACEA, mediante ricezione tramite indirizzo e-mail e/o accesso al sito della Compagnia e/o accesso al Fideuram OnLine (in caso di correntista di Fideuram S.p.A. con servizio Fideuram On Line attivo)>;  
C. <CARTACEA>;
- B) dichiara di aver ricevuto per il tramite dell'intermediario, letto attentamente, compreso e quindi accettato in ogni loro parte, in riferimento al prodotto Fideuram Vita Futura – Percorso \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, la vigente versione del Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle opzioni di investimento selezionate, del DIP aggiuntivo IBIP, delle Condizioni di assicurazione Mod. <Codice modello> Parte Generale e Parte Specifica, comprensive dei relativi Allegati;
- C) dichiara di aver letto e compreso l'Informativa sulla sostenibilità dei servizi finanziari (SFDR) relativa a una o più delle opzioni di investimento classificate art. 8 e/o art. 9 ai sensi del Reg. (UE) 2019/2088, se presenti tra le opzioni di investimento prescelte; di essere a conoscenza che tale Informativa e ogni eventuale successivo aggiornamento è disponibile sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto. L'elenco dei Fondi è reperibile sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto e dalla sezione "Archivio Informativa sulla sostenibilità di prodotto e sulla sostenibilità dei servizi finanziari (SFDR)", all'interno della pagina Area Clienti;
- D) dichiara di avere il proprio domicilio in Italia e di non avere la residenza negli Stati Uniti;

E) dichiara di essere a conoscenza che la data di conclusione del contratto coincide con l'ultima tra le date di valuta, indicate di seguito, dei mezzi di pagamento utilizzati per la corresponsione del premio e che la Compagnia, dopo la conclusione del contratto, emetterà una Nota di copertura ai sensi dell'art. 1888 del codice civile;

Mezzo di pagamento	Data di Valuta
Addebito su c/c presso Fideuram S.p.A.	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A.
Girofondo	Giorno in cui la Società di Gestione del Fondo mette a disposizione di Fideuram Vita S.p.A. l'importo liquidato, ovvero giorno di valuta della liquidazione del contratto assicurativo
Bonifico da altri c/c	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A. ovvero, se successiva, quella indicata nella disposizione di bonifico

F) dichiara di essere a conoscenza della possibilità di revocare la proposta di assicurazione e di recedere dal contratto ai sensi degli artt. 176 e 177 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 con le modalità e alle condizioni indicate nella documentazione contrattuale e che la Compagnia in caso di recesso tratterà le spese di emissione del contratto pari a € 50, nonché i costi di negoziazione sostenuti in riferimento all'investimento in ETF;

G) dichiara inoltre:

- di voler ricevere le comunicazioni in vigore di contratto, in modalità:

ROL <RENDICONTAZIONE ON LINE sull'Area Riservata Clienti di Fideuram Vita S.p.A. disponibile sul sito internet della Società [www.fideuramvita.it](http://www.fideuramvita.it). Per i correntisti di Fideuram-Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A. con servizio Fideuram On Line attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione del Fideuram On Line>;

POS <CARTACEA>;

- di essere a conoscenza di avere la facoltà di poter modificare la suddetta scelta in qualsiasi momento e senza costi aggiuntivi con specifica comunicazione alla Compagnia;

H) dichiara di essere a conoscenza che in qualunque momento può richiedere la documentazione contrattuale e le comunicazioni in vigore di contratto in modalità cartacea senza costi aggiuntivi;

I) si impegna a consegnare agli eventuali Beneficiari nominativamente designati e all'eventuale Referente Terzo copia dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali che li riguardano ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, contenuta all'interno del set informativo, sollevando Fideuram Vita S.p.A. dalla responsabilità per ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento;

Il sottoscritto Contraente, inoltre, chiede che, in caso di sua premorienza rispetto all'Assicurato, la contraenza del contratto passi in capo all'Assicurato stesso che contestualmente accetta.

Il sottoscritto Assicurato dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti necessari per accedere alle condizioni agevolate che riconoscono la riduzione delle commissioni di gestione dei Fondi esterni secondo quanto indicato nella "Convenzione Condizioni agevolate" di appartenenza relativa al prodotto Fideuram Vita Futura;
- essere a conoscenza che la perdita, in corso di contratto, dei requisiti comporta l'applicazione di quanto disciplinato nella sezione "Perdita dei requisiti" della "Convenzione Condizioni agevolate di appartenenza".
- aver letto, compreso e accettato quanto riportato nella "Dichiarazione di buono stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato" e che le dichiarazioni rese sono veritiere.

Il sottoscritto Assicurato infine dichiara di avere in domicilio in Italia.

**Sottoscritto a <Città>, il <giorno mese anno>**

Firma del Contraente o  
del Rappresentante Legale (in caso di  
persona giuridica o incapace di agire):

Firma dell'Assicurato o del Rappresentante Legale dell'Assicurato  
(ai sensi dell'art 1919 c.c.):

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'Art. 3 (La designazione dei Beneficiari), l'Art. 15 (Il riscatto) e l'Art. 17 (I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta) delle Condizioni di assicurazione – Parte Generale, nonché l'Art. <codice\_percorso>.4 (Esclusioni e periodo di carenza per la prestazione aggiuntiva in caso di decesso



dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica regolanti la presente assicurazione sulla vita. , nonché l'Art. <codice\_percorso>.3 (Esclusioni e periodo di carenza per la prestazione base in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica regolanti la presente assicurazione sulla vita.

Firma del Contraente o del Rappresentante Legale (in caso di persona giuridica o incapace di agire):

#### SPAZIO RISERVATO AL CONSULENTE FINANZIARIO

L'identificazione personale del Contraente e dell'Assicurato è attestata dal Consulente Finanziario mediante la sua firma apposta in calce al presente modulo.

Codice consulente finanziario: <codice bp>  
Cognome consulente finanziario: <Cognome pb>  
Nome consulente finanziario: <Nome pb>

Firma del consulente finanziario:

Codice T.F.A.: <codice T.F.A.>  
Cognome T.F.A.: <Cognome T.F.A.>  
Nome T.F.A.: <Nome T.F.A.>

Firma del T.F.A.

Codice consulente finanziario split: <codice bp>  
Cognome consulente finanziario split: <Cognome pb>  
Nome consulente finanziario split: <Nome pb>  
Percentuale split: <xx%>

Firma del consulente finanziario split:

Mod. XP0310 – Ed. 2025\_04

COPIA PER FIDEURAM VITA SPA  
COPIA PER IL CONTRAENTE  
COPIA PER CONSULENTE FINANZIARIO